

Les leiomyomes de l'oesophage

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anne-Lise LECOURT-CHEVALLEY

de

CHAMPTAUROZ (Vaud)

Thèse N° 3365

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1973

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de chirurgie

FACULTE DE MEDECINE

Professeur René MEGEVAND

Les leiomyomes de l'oesophage

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anne-Lise LECOURT-CHEVALLEY

de

CHAMPTAUROZ (Vaud)

Thèse N° 3365

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1973

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur René Mégevand, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 20 août 1973

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3365



Je tiens à exprimer ici au professeur R. Mégevand, directeur de cette thèse, mes plus vifs remerciements pour tout l'intérêt qu'il a porté tant au choix du sujet qu'à l'élaboration de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DEFINITION

Le léiomyome est une tumeur bénigne de la musculature lisse. Il se développe dans de nombreux organes contenant cette musculature : la peau, le tube digestif et l'utérus essentiellement.

Les léiomyomes oesophagiens sont des tumeurs rares. Ils sont longtemps restés une découverte d'autopsie.

Citons cette phrase de Flavell en 1953: "Of these tumors (Mediastinal) oesophageal leiomyomas combines apparent rarity, equivocal symptoms, great diagnostic difficulties and important surgical consequences".

Nous nous proposons ici de rapporter douze cas observés à la Clinique Chirurgicale Universitaire de Genève de 1963 à 1973. Dix ont subi une intervention chirurgicale, un était inopérable, le dernier fut observé à l'autopsie du patient décédé d'un carcinome oesophagien.

HISTORIQUE

La première tumeur bénigne de l'oesophage rapportée dans la littérature est celle de Sussius en 1559. Il s'agissait d'une tumeur pédonculée.

En 1763, Dallas et Monroe extirpent chirurgicalement une tumeur pédonculée rejetée par la bouche.

Oshawa au Japon est le premier à avoir opéré un léiomyome oesophagien et a le mérite de l'avoir énucléé en 1933.

Sauerbruch en 1937 opéra le second en pratiquant une excision, Brock en 1942 le troisième avec résection de l'oesophage et anastomose.

Harrington et Moersch ont rapporté les deux cas suivants en 1944, l'un avec résection, l'autre avec excision.

Harper et Tiscenco en 1945 ont opéré le 6^e cas par énucléation. A partir de ce moment, la plupart des tumeurs ont été énucléées. De 1944 à 1951, 44 cas ont été publiés dont 32 de 1949 à 1951. Lewis et Mayfield en 1954 ont rassemblé 155 cas de patients avec 192 léiomyomes dont 47 opérés dans toute la littérature. Storey et Adams rapportent 236 cas connus de léiomyomes en 1956 dont 85 chirurgicaux.

En 1949, les deux premiers cas opérés en France sont publiés par Lortat-Jacob. Manuelle et Etienne en 1967 font état de 120 tumeurs bénignes opérées rapportées dans toute la littérature.

Rappelons que la plupart des auteurs s'accordent pour dire que 75 % des tumeurs bénignes de l'oesophage intramurales sont des léiomyomes.

FREQUENCE

Une publication de la Clinique Chirurgicale Universitaire de Genève rapporte 315 cas de cancers oesophagiens de 1956 à 1970. Pendant cette période, 7 léiomyomes ont été énucléés. Burkhalter, Nyoth et Pettavel font état de 341 cancers opérés entre 1957 et 1971 et de 5 tumeurs bénignes enlevées pendant le même temps.

Le léiomyome oesophagien est une tumeur rare, mais c'est la tumeur bénigne de l'oesophage la plus fréquente. Pour la plupart des auteurs elle représente le 75 à 80 % des cas de tumeurs intramurales et le 50 % de l'ensemble des tumeurs bénignes.

Rappel de quelques statistiques:

Vinson à la Mayo Clinic en 1926 a trouvé 3 tumeurs bénignes sur 4000 cas de dysphagie.

Moersch et Harrington en 1944 ont trouvé 59 tumeurs bénignes sur 18.459 cas de dysphagie.

Calmenson et Clagett en 1946 ont trouvé sur 7459 autopsies 44 tumeurs bénignes de l'oesophage dont 32 léiomyomes.

Schafer et Kittle à l'université de Chicago en 1947 ont trouvé 11 tumeurs bénignes sur 6000 autopsies.

Sur 1000 cas de pathologie oesophagienne, Chalnot en 1960 a trouvé 5 tumeurs bénignes dont 3 léiomyomes et 2 kystes.

Fréquence par rapport au cancer:

De 1936 à 1947 il y eu 246 cancers oesophagiens à l'université de Chicago et 2 tumeurs bénignes selon Chi et Adams.

Lennart, Johanson et Silander en 1963 ont rapporté que de 1951 à 1962, pour 86 opérations de cancer il y eu 9 tumeurs bénignes. En moyenne la fréquence est de une tumeur bénigne pour 150 à 200 cancers opérés.

SEXE

La plupart des auteurs s'accordent pour dire que le léiomyome se rencontre deux fois plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Tommieux en 1917 publie une série de 12 cas dont 10 énucléés chez des hommes.

Saegesser en 1972 fait état de cinq hommes atteints pour une femme. Dans notre série nous avons neuf hommes et trois femmes.

AGE

Dans la littérature il n'existe pas de prédominance nette quant à l'âge.

Rose a rapporté 38 cas autopsiques dont l'âge variait entre 20 et 80 ans avec un maximum dans la septième décade.

Lewis et Maxfield ont rapporté 47 cas opérés entre la deuxième et septième décade avec un pic dans la quatrième.

Aucun léiomyome n'a été trouvé dans les 10 premières années de la vie. Les cas opérés à la Clinique Universitaire Chirurgicale de Genève se répartissent uniformément entre 26 et 70 ans. Un cas présentait une symptomatologie remontant à l'adolescence.

RACE

Le seul cas de léiomyome observé chez un noir a été rapporté par Lewis et Maxfield.

Notons qu'en 1954 la population noire aux Etats Unis représentait le 8,2 % de la population totale.

HEREDITE

Un fait intéressant: Wachsmuth rapporte une observation de léiomyome chez une mère et ses quatre filles en 1959.

Wahlen et Astedt ont observé dans une même famille plusieurs cas de coexistence d'un léiomyome de la vulve et de l'oesophage. (1965)

SYMPTOMES

Chez nos patients nous n'avons pas constaté la présence régulière d'une symptomatologie spécifique de tumeur oesophagienne. Dix de nos cas souffraient de symptômes digestifs variables, un d'angor. Le dernier n'a été découvert qu'à l'autopsie.

Les symptômes décrits dans la littérature sont essentiellement d'ordre mécaniques. Ils dépendent de la dimension, de la forme et de la localisation de la tumeur. L'élasticité de la paroi et la motilité relative de la tumeur permet à des masses relativement grosses de se développer sans donner de signes. 50 % des cas environ sont asymptomatiques. Dans la statistique de Lewis et Maxfield (1954), 86 % des cas opérés et 9 % des cas autopsiques étaient symptomatiques.

La symptomatologie est en général progressive et s'étend sur une période relativement longue. Un de nos cas souffrait depuis plus de 20 ans, les autres de 6 ans à quelques mois.

Nous avons observé les symptômes suivants par ordre de fréquence:

1) DOULEURS rétrosternales, épigastriques ou de l'hypochondre gauche, souvent à caractère de brûlures irradiant dans le dos ou vers l'épaule, d'intensité variable et survenant par crises intermittentes. Un de nos cas avait des douleurs périombilicales accompagnées de constipation. 10 des nos 11 cas avaient une symptomatologie douloureuse.

2) DYSPHAGIE. De nombreux auteurs lui donnent la première place. Chalmot, Harrington, Moersch, Schafer, Kittle, Bollack, Warter et Lang en font un symptôme des tumeurs muqueuses et sous-muqueuses mais non des léiomyomes. Nous l'avons observée dans 5 de nos cas. Elle était intermittente souvent associée aux douleurs, élective pour les solides, plus ou moins intense: sensation de boule dans la gorge (No 1), de "crochage" (No 3), d'obstruction plus complète dans les autres cas.

Pour la plupart des auteurs la dysphagie est progressive. Dans deux de nos cas elle est apparue brusquement et a présenté une rémission par la suite. Sweet en 1952 a rapporté un cas de léiomyome avec dysphagie constante.

3) AMAIGRISSEMENT: il est rare dans la littérature. Nous l'avons observé 5 fois dont trois cas sévères. Dans l'un il s'explique par la durée de la symptomatologie (20 ans), dans les deux autres par la présence d'une autre pathologie digestive.

4) Différentes autres plaintes digestives ont été observées dans la littérature et dans nos cas: nausées, vomissements, régurgitations, constipation. Nous avons en particulier un cas de sialorrhée survenant par crises et ayant complètement disparu après l'intervention.

5) Une symptomatologie extradigestive a quelquefois été observée: Lewis et Maxfield ont rapporté des cas de toux, de dyspnée ou d'asthme d'origine compressive probable. Pourrait-il s'agir d'une régurgitation insidieuse comme nous les voyons dans certaines formes de hernie hiatale ?

Un de nos patients présentait des brûlures rétrosternales, une sensation de boule dans la gorge et une gêne respiratoire intermittente avec douleurs précordiales. La symptomatologie digestive disparut après l'intervention, l'autre persista. Nous l'avons considérée comme séquelle d'infarctus ancien.

Des cas d'anémie ont été signalés. Ils ne s'expliquent que par saignements ou alimentation déficiente.

Geoffrey et Flavell en 1953 ont rapporté un cas avec hématomèse et mélaena, atelectasie d'un lobe pulmonnaire. Dans tous nos cas la biologie était normale.

D'autres symptômes ont été décrits comme la fièvre, des sensations étranges à la déglutition, des douleurs thoraciques*, un syndrome dépressif.

* (Cas de Lortat-Jacob en 1951 avec une énorme tumeur en dégénérescence hialine)

LE LEIOMYOME EN TANT QUE TUMEUR INTRAMURALE DE L'OESOPHAGE

On classe généralement les tumeurs bénignes de l'oesophage sur la base de leur position par rapport à la paroi

- a) les intraluminales
- b) les intrapariétales.

a) Les intraluminales se forment à partir de la muqueuse ou sous-muqueuse dans la région supérieure de l'oesophage et deviennent pédunculées. D'après Schafer et Kittle il s'agit essentiellement de papillomes, adénomes, myxofibromes, lipomes et hémangiomes. (En 1949 Gentry, Dockerty et Clagett en ont rapporté 16 dont 12 découverts à l'autopsie)

b) Les intramurales ou intrapariétales sont le plus souvent des myomes, ensuite viennent par ordre de fréquence les kystes d'origine oesophagienne ou bronchique embryonnaire, les fibromes et les neurofibromes.

En 1960 Chalnot a rapporté vingt cas de kystes oesophagiens trouvés à prédominance chez l'enfant.

Citons le cas d'un de nos patient, un homme de 33 ans souffrant de lithiases rénales à répétition et d'une symptomatologie d'hyperparathyroïdisme ainsi que de douleurs costales gauches. On découvre fortuitement lors d'un transit baryté une tumeur d'allure bénigne, du tiers inférieur de l'oesophage. Il s'agissait d'un kyste malformatif de type bronchogène. Les douleurs costales disparurent après énucléation. La distinction avec un léiomyome ne fut pas possible avant l'intervention.

Les fibromes sont très rares. Dans une revue de littérature publiée en 1949 par Chi et Adams, neuf cas seulement ont été signalés.

INCIDENCE DU LEIOMYOME DANS LES DIFFERENTES PORTIONS DE L'OESOPHAGE

Rappel anatomique: On divise l'oesophage en trois portions, la cervicale, la thoracique, et l'oesophage abdominal.

La portion thoracique se divise elle-même en trois parties. Le tiers supérieur

LES SYMPTOMES

Durée	Dysphagie	Douleurs	Nausées vomissements regurgitations	Anaigrissement Anorexie	Gène respira- toire	Sialorrhée
1) Homme 50 ans	+	+	-	-	+	-
2) Homme 46 ans	++	++	+	-	-	-
3) Homme 64 ans	+	-	-	-	-	+++
4) Femme 70 ans	++	++	-	++	-	-
5) Femme 37 ans	-	++ sensation de boule mobile	+	+	-	-
6) Femme 26 ans	++	++	-	+	-	-
7) Homme 35 ans	-	++	-	++	-	-
8) Homme 28 ans	-	++	+	-	-	-
9) Homme 57 ans	+	-	-	-	-	-
10) Homme 43 ans	-	++	-	-	-	-
11) Homme 60 ans	-	++ periorbitales constipation	+	++	-	-

s'étend du défilé cervico-thoracique au bord supérieur de l'arc aortique, le tiers moyen du bord supérieur de l'arc aortique à la veine pulmonaire inférieure, le reste formant l'oesophage thoracique inférieur.

Tous les cas de léiomyomes rapportés jusqu'en 1954 ont montré la distribution suivante:

- 46 % dans le tiers inférieur
- 35 % dans le tiers moyen
- 9 % dans le tiers supérieur
- 8 % dans la région oesophago-gastrique
- 2 % dans le segment cervical.

La rareté relative des léiomyomes dans la partie supérieure de l'oesophage s'explique par la présence de musculature striée à ce niveau. L'origine des léiomyomes dans ces cas est à rechercher dans la muscularis mucosae, la musculature vasculaire et des restes embryonnaires.

Sur les douze cas observés chez nous, cinq étaient situés dans le tiers inférieur, quatre dans le tiers moyen, deux dans le tiers supérieur et un dans la portion oesophago-gastrique.

INCIDENCE DU LEIOMYOME DANS LE TUBE DIGESTIF

Oberhelmann et collaborateurs ont comparés les incidences en 1952. Pour 66 cas oesophagiens ils ont trouvés 75 cas gastriques, 225 grêles, 109 coliques. (Cité par Lewis et Maxfield).

Bruce et Stalter ont vu 1 léiomyome oesophagien pour 9 gastriques, 77 dans le grêle et 6 dans le colon.

Grigg en 1961 affirme que le léiomyome gastrique est 3 fois plus fréquent que l'ensemble des autres myomes digestifs. Les oesophagiens seraient en 2^e position, les cardiooesophagiens en 3^e suivis de ceux de l'intestin grêle et des autres localisations.

Nous n'avons pas fait de recherche sur ce sujet qui ne paraît pas tiré au clair.

ANATOMOPATHOLOGIE

MACROSCOPIE

Les léiomyomes varient beaucoup de dimensions.

Lewis et Maxfield dans leur collection en ont de 1 à 15 centimètres de diamètre. Galey a rapporté un cas de 1.400 kg. Les tumeurs de la portion oesophagogastrique sont souvent plus grosses.

Les petites tumeurs ont une surface lisse, sphérique, les plus grosses ont une forme souvent plus variable, sont multinodulaires, lobulées, irrégulières. Elles peuvent être uni ou plurifocales.

Elles ont une consistance fibroélastique, sont blanc-beige. Elles ont une capsule ou une pseudocapsule.

La surface de section est gris-blanche avec des fasciculatons, parfois des calcifications, des ramollissements ou des hémorragies. Nous avons un cas de myome calcifié dans notre série.

Les tumeurs se développent en général tangentiellement à la paroi oesophagienne. Nous l'avons observé chez tous nos patients.

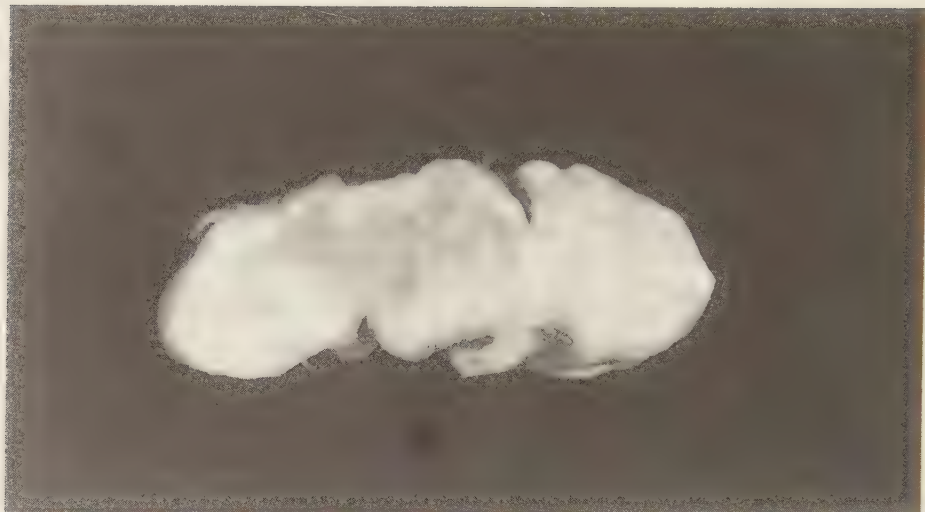
Lewis et Maxfield et d'autres auteurs ont cité des cas où l'oesophage était encerclé de façon plus ou moins complète.

Tommieux et d'autres auteurs ont publié des cas de tumeurs développées en dehors de la paroi oesophagienne, pédiculées. Le diagnostic préopératoire dans ces cas est plus difficile.

Les tumeurs sont plus ou moins adhérentes à la muqueuse ou à la muscularis propria, bien délimitées. La muqueuse de l'oesophage est toujours intacte sauf dans les tumeurs de la portion oesophago-gastrique où des ulcérations ont été décrites.

Un de nos patient présentait une muqueuse oesophagienne sus-jacente fragile et hémorragique.

Dans la collection de Lewis et Maxfield des tumeurs multiples ont été observées dans 9 % des cas autopsiques et 4 % des cas opérés. Un de nos patient présentait deux tumeurs macroscopiques et plusieurs microscopiques.



T 12222/70

Macroscopie de notre cas No 7



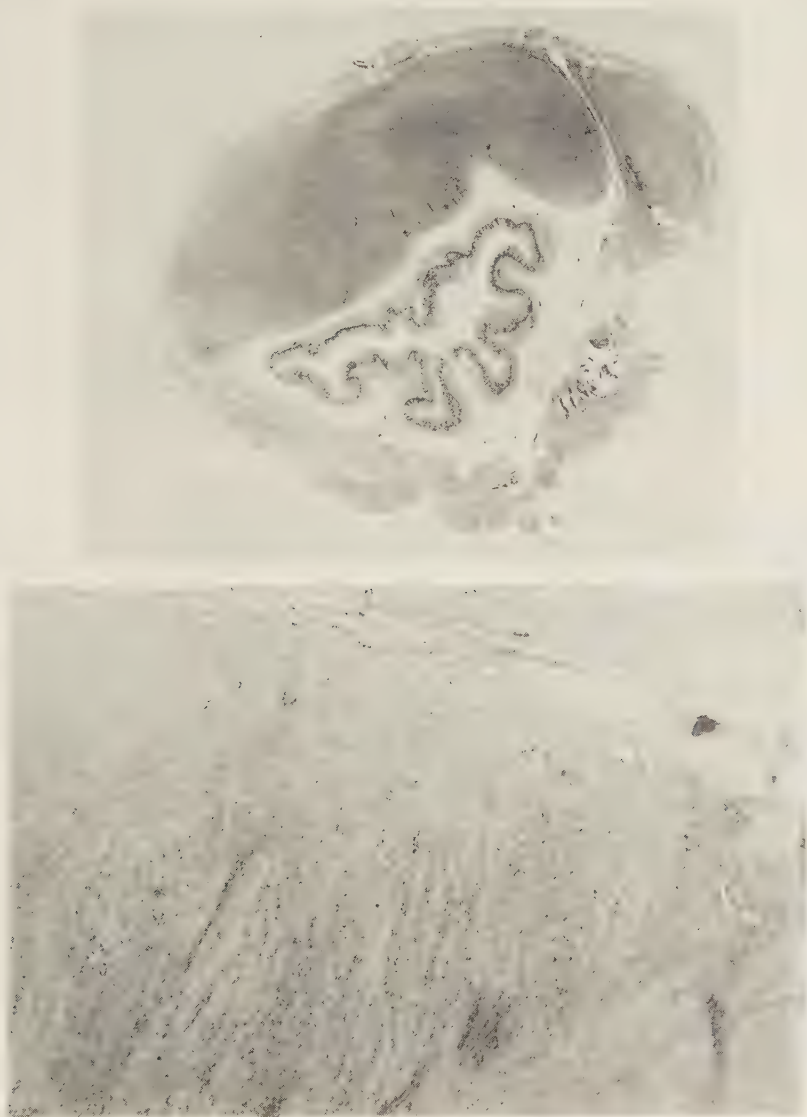
MICROSCOPIE

Les léiomyomes sont formés de cellules musculaires lisses avec une quantité variable de sclérose, oedème ou calcification.

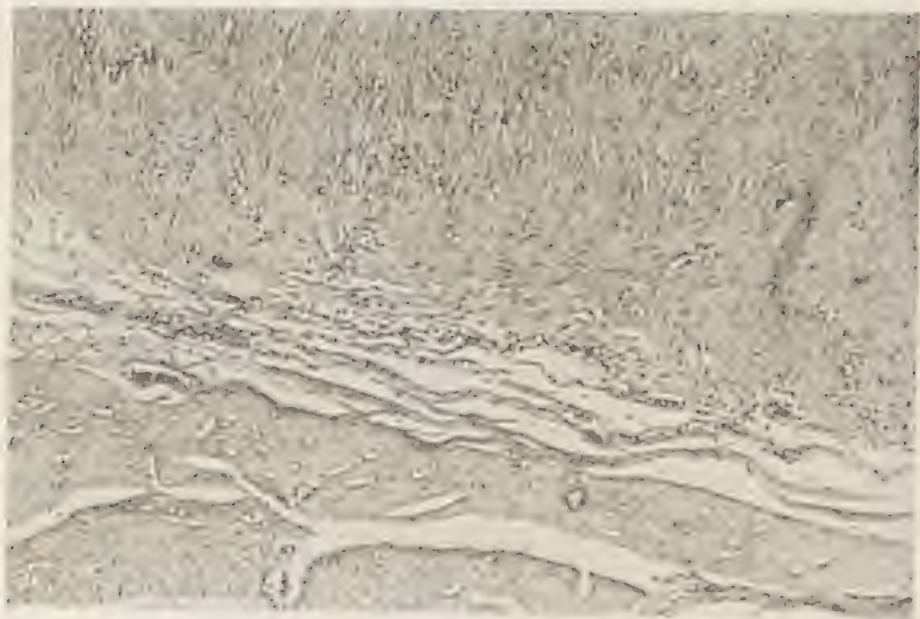
Les vaisseaux sont peu nombreux, petits, souvent oblitérés.

Les lymphatiques sont souvent nombreux.

Il existe des formes de transition ou d'association avec des fibromes, tumeurs mixtes appelées léiomyo-fibromes. (3 cas sur les 12 publiés par Tommieux)



MICROSCOPIE (suite)



RELATION ENTRE LEIOMYOME ET LEIOMYOSARCOME

Negre et Pujol ont montré en 1961 que la filiation entre léiomyome et léiomyosarcome est difficile à établir pour les raisons suivantes:

Des léiomyomes ont atteint des dimensions énormes sans présenter de signe de dégénérescence.

Dans les observations de léiomyosarcome on trouve rarement un passé oesophagien révélateur d'une tumeur préexistante.

Une exception, French et Garland ont décrit une évolution de sarcome de 6 ans.

D'après Camishion (1961), le sarcome oesophagien est très rare. (7 cas pour 935 carcinomes). Le plus fréquent est le fibrosarcome. Sur 58 cas rapportés, il n'y avait que 8 léiomyosarcomes.

Croué en 1958 a rapporté 71 fibrosarcomes pour 26 léiomyosarcomes, 24 mélanosarcomes, 22 carcinosarcomes, 10 rhabdomyosarcomes et 10 lymphosarcomes.

Les observations de Negre et Pujol, French et Garland, Harrington et Brasini sont intéressantes: ils ont chacun observé la présence d'un foyer sarcomateux au sein d'un léiomyome.

Grimond et Echapasse ont eu un cas de léiomyome diagnostiqué à la biopsie endoscopique alors qu'il y avait des cellules sarcomateuses en profondeur.

D'après Grigg on trouve environ un léiomyosarcome oesophagien pour 10 léiomyomes et 1 léiomyosarcome gastrique pour 5 léiomyomes de la même localisation.

Nous n'avons pas observé de dégénérescence sarcomateuse chez nos patients.

ASSOCIATION DE LEIOMYOME AVEC D'AUTRES PATHOLOGIES DIGESTIVES

Plusieurs pathologies digestives ont été décrites dans la littérature associées aux léiomyomes.

La plus fréquente nous semble être la HERNIE HIATALE. Cinq de nos patients en souffraient. Dans deux cas elle était associée à une tumeur bas située, dans les trois autres à une tumeur du tiers moyen.

Schafer et Kittle rapportent un cas où la traction exercée par la tumeur aurait provoqué l'apparition d'une hernie.

Plusieurs DIVERTICULES oesophagiens ont également été décrits. En 1914 Milanovic rapporte 5 cas de léiomyomes dont deux développés à l'intérieur d'un diverticule. De même Stewart en 1931 rapporte deux cas semblables ainsi que Di Falco en 1939.

Kölle et Suchanek publient un cas avec diverticule épiphrénique à la fois de traction et de pulsion: le diverticule est apparue par traction de la tumeur et s'est agrandi par pulsion (1964).

Nous avons également observé la présence d'un diverticule chez un de nos patients. Il fut découvert après l'ablation du léiomyome, était juste dessous. Rien ne laissait suspecter sa présence avant l'intervention.

Des ULCERES GASTRIQUES et DUODENaux ont également été observés. Garlick, Stegmeier et Baltimore rapportent un cas d'ulcus duodénal ce qui selon ces auteurs est fréquent quelles que soient les lésions oesophagiennes présentes. Bollak, Warter et Lang rapportent un cas de léiomyome opéré trois ans après gastrectomie pour ulcère duodénal.

Sweet, Dugan et Meagher ont également décrit une telle association. Dans notre série un cas présentait un ulcère gastrique, un autre des ulcères duodénaux cicatrisés au moment de l'énucléation, un troisième un ulcère du bas oesophage.

L'association avec un CARCINOME est très rare.

En 1954 Callanan, en 1955 Puestow rapportent chacun un cas de petit léiomyome recouvert d'un carcinome à cellules squameuses.

En 1963, Luyn K'an ne rapporte que 5 cas d'une telle association en faisant une revue de toute la littérature.

Burkhalter, Nyoth et Pettavel ont publié en 1972 un cas de léiomyomatose associée à un carcinome du cardia.

Nous avons fait la découverte autopsique d'un petit léiomyome du bas oesophage recouvert d'un carcinome.

Le patient âgé de 75 ans avait été hospitalisé pour fracture pathologique du col fémoral gauche. De multiples métastases osseuses avaient été découvertes à ce moment. L'origine du carcinome n'a été déterminée chez ce patient qu'à l'autopsie.

Barret parle aussi de léiomyomes associés à une ACHALASIE du cardia ou à un MELANOME malin.

Franck, Reiner et Fleischner rapportent en 1956 le cas d'un léiomyome massif de l'oesophage associé à un cancer à cellules squameuses du thymus.

PATHOLOGIES ASSOCIEES

Cas No 1	Homme de 50 ans			Infarctus ancien Angor probable
Cas No 2	Homme de 46 ans		Hernie hiatale	
Cas No 3	Homme de 64 ans		-	
Cas No 4	Femme de 70 ans	Ulcère bas oesophage	Hernie hiatale	
Cas No 5	Femme de 37 ans		-	
Cas No 6	Femme de 26 ans		-	
Cas No 7	Homme de 35 ans		Hernie hiatale	
Cas No 8	Homme de 28 ans		Hernie hiatale	
Cas No 9	Homme de 57 ans			Insuffisance cardia - que.
Cas No 10	Homme de 43 ans	Ulcère gastrique		
Cas No 11	Homme de 60 ans	Ulcères duo- déniaux cicatri- sés.	Hernie hiatale	Diverticule oeso- phagien.

RADIOLOGIE

La radiologie est une aide précieuse mais elle ne peut donner de diagnostic définitif. Elle permet de déterminer la présence d'une masse solide et de laisser suspecter la bénignité, pas plus (Adler).

Pour plusieurs auteurs la radio simple du thorax est intéressante. Elle peut montrer une ombre due à la tumeur ce qui est inhabituel dans le cancer (Chalnot, Favre, Lochard, Hahn, Schatzki et coll.)

Huit des douze cas publiés par Tommieux en 1971 présentaient une opacité médiastinale anormale postérieure ou moyenne.

Nous n'avons pas observé de tels cas.

L'abdomen à vide peut rarement donner une indication. Nous avons observé la présence d'une tumeur bombant dans la poche à air gastrique chez un de nos patients (voir photo). On observe de tels cas lors de tumeurs malignes.

Le transit baryté est l'examen courant et nous l'avons employé systématiquement. Il montre le plus souvent une image lacunaire en demi-lune avec éperon baryté au-dessus et au-dessous. Des clichés de face, de profil et parfois en oblique sont nécessaires. Cette image ne peut pas être visible s'il y a trop ou trop peu de baryte.

Souvent le transit montre encore une image arborescente due à l'impression des replis de muqueuse produits par la lobulation bien caractéristique de la tumeur. (Observé surtout sur les clichés de profil en couche mince).

La muqueuse recouvrant la tumeur n'est pas analysable à cause de la tension

existante, mais le plus souvent des plis sont visibles vis-à-vis.

La motilité et l'élasticité de la paroi sont normales. L'oesophage est souvent rétréci mais il n'y a pas d'obstruction. Si la tumeur est basse, on observe parfois une dilatation sus-jacente. Il n'y a pas de signe d'infiltration et en principe pas d'ulcération de la muqueuse.

Pour quelques auteurs le radio-cinéma est utile, certaines lésions n'étant visibles qu'à certains moments. Un changement de forme pendant la respiration par exemple doit faire penser à un kyste.

La tomographie et le pneumomédiastin ont été préconisés par Manuelle et Etienne en 1967. Nous ne jugeons pas ces méthodes utiles.

Citons enfin le cas d'Horacio, Malenchi et Elenitza qui ont diagnostiqué avec précision un léiomyome oesophagien bombant dans la poche à air gastrique par pneumopéritoine en 1954.

OESOPHAGOSCOPIE

L'oesophagoscopie est un moyen complémentaire de diagnostic très utile et très employé mais pas absolu non plus.

Les éléments en faveur du diagnostic de léiomyome sont l'absence ou le peu de découvertes en face de l'importance de la lésion radiologique.

La tumeur fait une empreinte à un degré variable dans la lumière. Celle-ci est ainsi souvent diminuée mais il n'y a jamais d'obstruction complète: l'élasticité de la paroi n'est pas atteinte. La tumeur bénigne est facilement mobile.

Enfin la muqueuse est pratiquement toujours normale. Il y a pourtant des exceptions à cette règle. Sur les 47 cas publiés par Lewis et Maxfield trois présentaient des ulcérations et une congestion. Lortat-Jacob a publié un cas en 1951 qui présentait deux ulcérations de muqueuse correspondant à l'ouverture de deux noyaux tumoraux en nécrobiose.

La muqueuse d'un de nos cas était hémorragique et friable.

Une muqueuse intacte ne fait pas écarter de façon sûre un cancer.

BIOPSIE

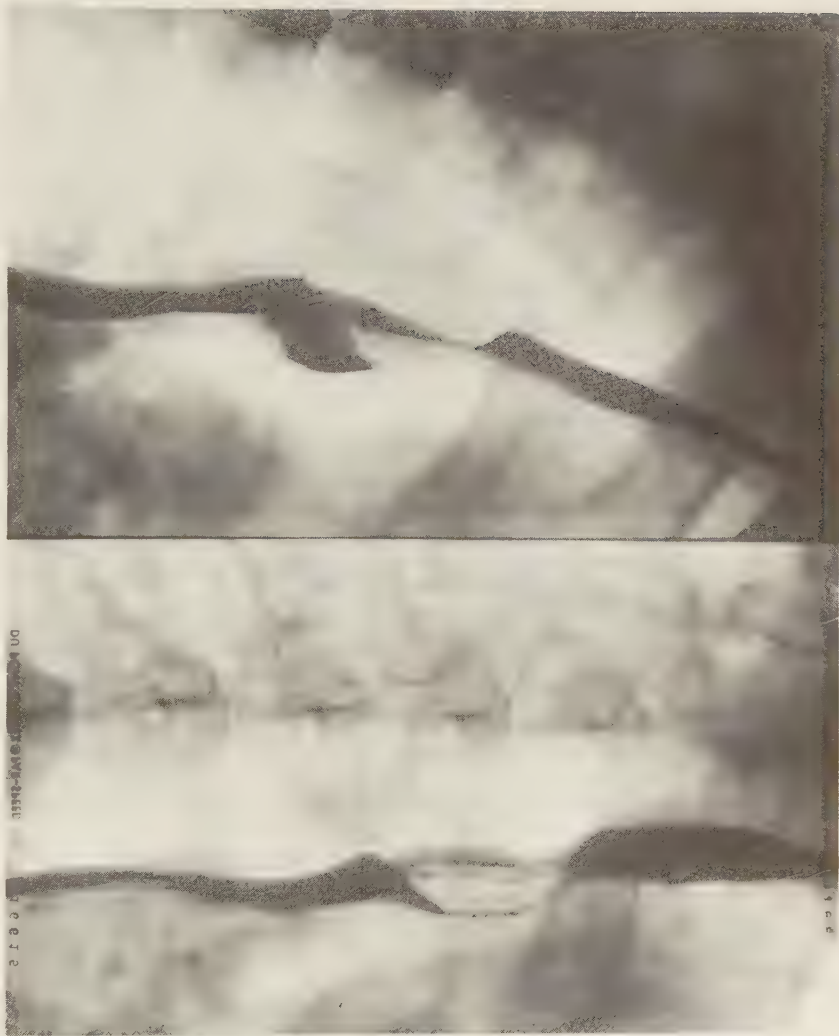
La biopsie pratiquée lors de l'oesophagoscopie ne nous semble pas indispensable. De nombreux auteurs pensent qu'elle est à éviter pour les raisons suivantes:

1) Elle n'est pas un moyen sûr de diagnostic. Negre, Pujol, Grimond et Eschaspasse ont eu un cas de léiomyome diagnostiqué à la biopsie alors qu'il y avait des cellules sarcomateuses en profondeur.

2) Elle peut être dangereuse: elle peut permettre le développement d'une infection ou en tout cas d'une inflammation rendant l'énucléation difficile sinon impossible par la suite.

La biopsie est par contre justifiée en cas d'ulcération ou de muqueuse suspecte.

Nous avons biopsié deux de nos patients. Dans un cas nous n'avons obtenu que de la muqueuse hyperplasique, dans l'autre des cellules bénignes mal typisées. L'énucléation a été facilement pratiquée dans les deux cas par la suite.



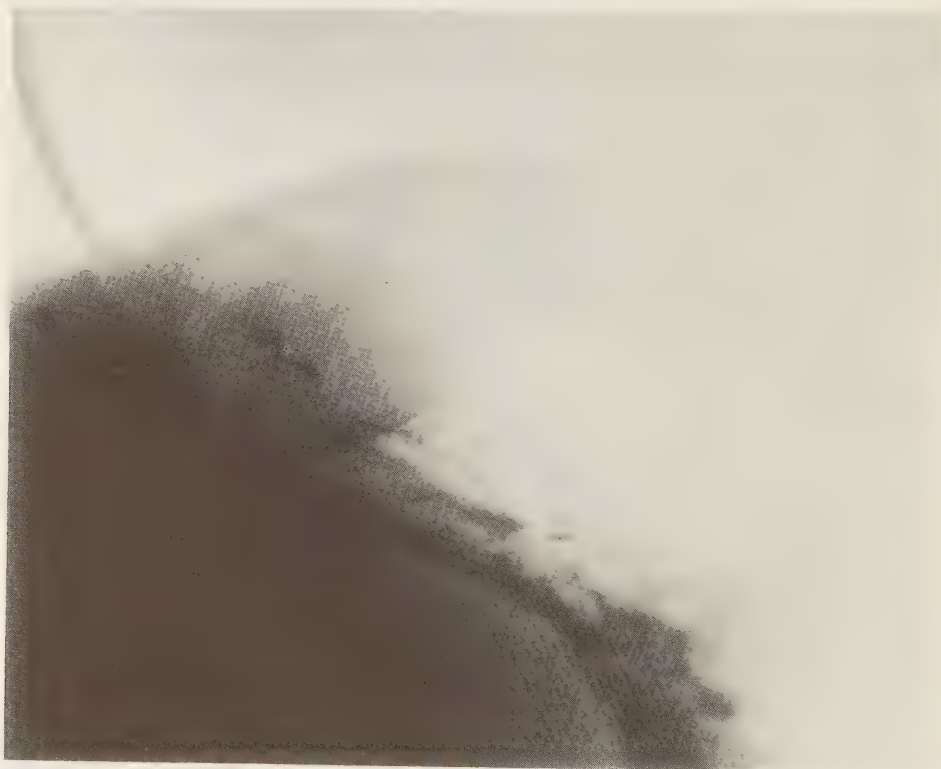
Cas No 9. Notez la persistance des plis muqueux, l'éperon baryté sus et sous tumoral.



Cas No 7 en 1962 et 1970. La comparaison des deux clichés montre que la tumeur a augmenté de volume en 8 ans.



Notez l'empreinte de la lobulation de la tumeur donnant l'image "d'arborescence" signalée par les auteurs.



Ici la tumeur est visible dans la poche à air gastrique.

DIAGNOSTIC

La clinique, la radiologie et l'oesophagoscopie permettent une forte présomption de diagnostic.

La chirurgie et la pathologie en donnent la confirmation.

Les diagnostics différentiels principaux sont les suivants:

- 1) Le CANCER: Sa fréquence est beaucoup plus élevée comme nous l'avons vu plus haut. Sa croissance est plus rapide, il infiltre la paroi, produit le plus souvent une sténose et une ulcération de la muqueuse. Le transit ne montre pas de délimitation nette. Le défilé est irrégulier, tortueux, rigide avec une stase en amont.
- 2) Les AUTRES TUMEURS MEDIASTINALES: Le myome ne se développe pas dans les 10 premières années de la vie. Les autres tumeurs médiastinales à l'exception des kystes bronchogéniques et des kystes paraoesophagiens ne se développent pas dans le quadrant postérieur et inférieur (thymomes, goîtres, dysembryomes hétéroblastiques etc).
Les autres tumeurs donnent une symptomatologie touchant en général plus d'une structure (trachéobronchique, pulmonaire, oesophagienne, cardiovasculaire, neurogène etc). (Lewis et Maxfield)
- 3) Le diagnostic différentiel avec les autres TUMEURS INTRAPARIETALES bénignes de l'oesophage n'est pratiquement pas possible en dehors d'une intervention chirurgicale avec examen histologique.
- 4) Cardiospasme: il donne une importante dilatation de l'oesophage et est plus fréquent chez les femmes.
- 5) Malformation vasculaire en particulier une arteria lusoria avec compression oesophagienne.
- 6) Adénopathies comprimant l'oesophage.
- 7) Duplication oesophagienne
Dans notre série, le diagnostic de léiomyome a été fortement suspecté dans 7 cas sur les 11, après le transit. L'oesophagoscopie nous a permis d'en déceler un 8e non nettement visible au transit. Dans un cas nous avons faussement posé le diagnostic d'ulcère peptique du bas oesophage.
Chez un autre patient l'avis des pathologues après biopsie oscillait entre léiomyome, tumeur médiastinale et tumeur ganglionnaire.
Enfin dans un autre cas, nous avons pensé d'abord à une sténose sur ulcère peptique, puis à une anomalie vasculaire qui a été exclue par angiographie. Enfin, nous avons posé deux faux diagnostics préopératoires de léiomyome, le premier étant un kyste bronchogénique intramural (voir plus haut), le second étant un carcinome.

INDICATIONS A L'OPERATION

La plupart des auteurs s'accordent pour préconiser l'intervention chirurgicale dans tous les cas, ceci pour les raisons suivantes:

- 1) S'ils sont importants, les symptômes peuvent altérer l'état général. Dans la

collection de Lewis et Maxfield, sur les 108 myomes non traités, 6 ont atteint une taille suffisante pour causer la mort.

2) On ne peut jamais exclure complètement une néoplasie.

Nous sommes intervenus en particulier chez un homme de 44 ans souffrant d'un amaigrissement, d'une anorexie et de douleurs thoraciques droites. Le transit baryté était en faveur d'un léiomyome du tiers moyen et l'oesophagoscopie montrait une muqueuse normale. En fait il s'agissait d'un carcinome et le patient est décédé deux ans après l'intervention.

3) Pour Lewis et Maxfield la tumeur est susceptible de croître.

L'intervention est plus facile sur une tumeur petite. Une dégénérescence aseptique avec calcifications secondaires peut toujours se produire compliquant l'intervention.

Un de nos patients a subi deux transits à huit ans d'intervalle. La tumeur avait triplé de volume pendant ce laps de temps et avait présenté une multiplication des nodules.

4) Une dégénérescence sarcomateuse n'est pas impossible. (French, Garland, Negre, Pujol etc)

Nous avons renoncé à l'intervention chez un de nos patients qui souffrait d'insuffisance cardiaque, de dyspnée et d'obésité. (Cas No 9)

APPROCHE CHIRURGICALE

La meilleure approche est transpleurale au niveau de 4e ou 5e espace intercostal droit pour les tumeurs du tiers supérieur ou moyen (elle permet d'éviter les gros vaisseaux et le coeur), au niveau du 8e espace gauche pour les tumeurs du tiers inférieur.

TYPES D'INTERVENTION

1) L'énucléation est pratiquée en priorité. Il s'agit d'extirper la tumeur sans exciser la muqueuse. Cette intervention est le plus souvent possible.

Toutefois, dans certains cas la tumeur est trop adhérente. On le constate selon les auteurs après une biopsie ou lors de la présence d'une inflammation sous-jacente. On pratique alors une

2) excision de la partie adhérente de la muqueuse qui est ensuite suturée par points interrompus. Le plus souvent l'élasticité est suffisante pour éviter une sténose secondaire.

3) Dans le cas des tumeurs de la portion oesophago-gastrique souvent adhérentes ou dans les cas de tumeurs ou de pathologie associée sténosante, enfin dans les cas de léiomyomatose diffuse la résection est nécessaire.

Sept de nos patients ont subi une énucléation facile.

Un cas présentant une muqueuse fragile a eu un effondrement de celle-ci au moment de l'énucléation. Une suture a été nécessaire. (No 4) Un autre cas présentait un léiomyome très adhérent. Une incision ovalaire de la muqueuse à la base d'implantation a été nécessaire. (No 3)

Enfin un cas (No 8) présentant une léiomyomatose avec oesophagite et brachyoesophage a subi une résection polaire supérieure.

L'alimentation n'est reprise qu'après 24 heures par les voies naturelles.

MORBIDITE ET MORTALITE OPERATOIRES

Dans la statistique de Lewis et Maxfield de 1954, sur les 47 cas opérés, 4 sont décédés, tous entre le 4^e et 6^e jour postopératoire, trois pour des raisons pulmonaires, un pour nécrose de l'oesophage.

Dans la statistique de Lewis et Maxfield 14 patients sur les 47 ont eu des complications postopératoires. Les plus fréquentes étaient pleurales puis pulmonaires, ou dues à la formation de hernies hiatales.

D'après Lortat-Jacob, il peut subsister un spasme séquellaire passager qui pose la question de l'opportunité d'une myotomie longitudinale vers le cardia. (Heller)

Chez 7 de nos patients opérés, les suites opératoires furent simples. Un épanchement hématisé a été observé dans deux cas et un chyleux dans un troisième. Nos patients ont tous quitté l'hôpital en bonne santé. (Voir tableau)

Après un an et plus:

Huit de nos dix opérés le sont depuis plus d'un an.

Quatre vont parfaitement bien.

Un a dû être hospitalisé à plusieurs reprises pour spasmes oesophagiens traités médicalement, le transit étant normal.

Deux souffrent de brûlures postprandiales rares, l'un avec persistance d'asthénie, l'autre avec début de crises lipothymiques (résection). Enfin, le patient souffrant de brûlures rétrosternales, de dysphagie et d'angor avant l'intervention a vu sa symptomatologie digestive disparaître alors que l'autre persista. Le patient est décédé d'infarctus plusieurs années après.

MODES D'INTERVENTION, SUITES OPERATOIRES

	Situation de la tumeur	Voie d'abord chirurgical	Mode d'intervention	Suites immédiates	Après un an	et plus
1) Homme 50 ans	tiers moyen	5e espace droit	Enucléation	Simple	Persistance des symptômes extradigestifs	
2) Homme 46 ans	tiers moyen	1)5e esp.dr. 2)médiane sus-ombilicale	Enucléation Heller	Epanchement pleural hémorragique		
3) Homme 64 ans	tiers inférieur	8e esp. gauche	Excision de muqueuse	Epanchement base gauche	Résultat excellent	idem
4) Femme 70 ans	tiers inf.	8e esp. gauche	Enucléation	Simple	Trois hospitalisations pour dysphagie sur spasme	
5) Femme 37 ans	tiers supérieur	4e esp. gauche	Enucléation	Chylothorax	Résultat excellent	
6) Femme 26 ans	tiers inf.	8e esp. gauche	Enucléation	Simple	Résultat excellent	
7) Homme 35 ans	tiers moyen	5e esp. droit	Enucléation Heller	Simple	Dysphagie aux liquides vite disparue	Résultat excellent
8) Homme 28 ans	tiers sup. et moyen	1)5e esp. gauche 2)médiane sus-ombilicale	Réséction	Dilatation gastrique	Persistance de brûlures postprandiales Lipothymies	
9) Homme 57 ans	tiers moyen	Pas d'intervention				
10) Homme 43 ans	Portion oesophago gastrique	Médiane susombilicale	Enucléation	Simple	Fatigue, quelques brûlures postprandiales	
11) Homme 60 ans	tiers inf.	8e esp. gauche	Enucléation Résection d'un diverticule	Simple		

RESUME DE QUELQUES CAS

1) Monsieur L. Aurelio, 35 ans, prêtre. Ce patient ressentait depuis l'enfance des crises douloureuses rétrosternales basses irradiant dans le dos, durant un à deux jours et cédant au traitement salicylé. Il souffrait parfois de reflux postural avec brûlures gastriques en dehors des crises. Un premier transit montra une empreinte sur le tiers moyen de l'oesophage. Un second, pratiqué 8 ans plus tard révéla une tumeur grossie 3 fois, sans signe de malignité, et une petite hernie hiatale.

L'oesophagoscopie confirma la présence d'une tumeur sous-muqueuse la muqueuse étant elle-même intacte.

A l'hospitalisation le patient était maigre, pâle. La biologie sanguine était normale. Une énucléation fut pratiquée. Une discrète dysphagie aux liquides persista quelques temps. Actuellement le patient est en parfaite santé. (3 ans après l'intervention)

La tumeur mesurait 5,5/2,5/2 cm. L'histologie confirma le diagnostic de léiomyome fasciculé avec calcifications.

2) Monsieur P. Pierre, 28 ans, professeur. Ce patient souffrait de douleurs épigastriques basses depuis 2 ans, douleurs irradiant ensuite vers le haut avec brûlures rétrosternales, renvois acides et aerophagie. Plusieurs transits et radiocinémas, une oesophagoscopie ne précisèrent pas le diagnostic. La suspicion oscillait entre la présence d'une anomalie vasculaire (dysphagia lusoria), une oesophagite peptique avec brachyoesophage et hernie hiatale secondaire, une compression due à la présence d'adénopathies peut-être hodgkiniennes, un léiomyome. Une artériographie exclut une malformation vasculaire. L'intervention révéla la présence d'une léiomyomatose diffuse de l'oesophage avec deux nodules principaux. Une résection de l'oesophage fut inévitable à cause de l'étendue de la tumeur. On observa quelques jours après l'intervention une dilatation gastrique qui s'amenda rapidement. A la sortie le patient était en bonne santé. Il fut réhospitalisé un mois plus tard pour des coliques abdominales qui cédèrent au buscopan. Actuellement il présente encore quelquefois des brûlures épigastriques avec début de lipothymies. (2 ans après l'intervention)

3) Monsieur V. Jean, 64 ans, représentant. Ce patient présentait depuis 18 mois des crises d'hypersalivation d'abord rares puis quotidiennes. Depuis 3 mois il avait une sensation de crochage intermittent à la déglutition. L'état général demeura conservé. Un transit laissa suspecter la présence d'un léiomyome du tiers inférieur. Il fut enlevé par excision de muqueuse sa base étant adhérente. Le patient présenta un épanchement hémattique de la base pulmonaire gauche avec fièvre dans les jours qui suivirent. Actuellement, 6 ans après l'intervention, il se porte bien. La symptomatologie a complètement disparu.

4) Madame K. Marie, 26 ans. Patiente en bonne santé habituelle, présente une brusque douleur épigastrique avec dysphagie complète aux solides pendant 10 jours. Par la suite la dysphagie ne se manifeste que par intermittence et la patiente perd 4 kgs. Un transit montre la présence d'un petit léiomyome du bas oesophage que nous énucléons facilement. Les suites sont sans problème.

5) Monsieur R. Quinto, 50 ans. Ce patient ressentait depuis plusieurs mois une

boule dans la gorge, des brûlures rétrosternales, des douleurs précordiales avec gêne respiratoire survenant par crises. Un électrocardiogramme montra la présence d'un ancien infarctus. Le transit et l'oesophagoscopie parlèrent en faveur d'une tumeur bénigne de l'oesophage, un léiomyome qui fut facilement enucléé. La symptomatologie digestive disparut après l'intervention alors que l'autre persista. Le patient décéda 9 ans plus tard d'un infarctus du myocarde.

6) Monsieur R. Plinio, 60 ans, ouvrier en métallurgie. Bronchitique chronique, ce patient fut traité médicalement 16 ans auparavant pour des ulcères gastriques et une hernie hiatale.

Depuis quelques semaines, il souffrait de douleurs périombilicales parfois épigastriques postprandiales, de constipation chronique et d'un amaigrissement de 8 kgs.

Un transit montra la présence d'un bulbe duodénal déformé (ancien ulcère) et d'un colon spastique, l'oesophagoscopie celle d'une tumeur du bas oesophage et d'une hernie hiatale.

L'intervention permit l'enucléation d'un léiomyome situé juste sur un diverticule qui fut réséqué. Actuellement la symptomatologie a complètement disparu.

7) Monsieur B. Adolphe, 44 ans, fut hospitalisé pour douleurs thoraciques droites, anorexie et amaigrissement. Un transit baryté mit en évidence une tumeur ronde du tiers moyen de l'oesophage à bords réguliers bien délimités par un éperon sus- et sous- tumoral. La bronchoscopie et l'oesophagoscopie étaient normales.

Ces signes de bénignité justifiaient une tentative d'enucléation par thoracotomie droite. Il s'agissait en fait d'un carcinome dont le patient décéda deux ans plus tard malgré une large résection.

RESUME

Les léiomyomes oesophagiens sont des tumeurs rares, longtemps restées une découverte d'autopsie. Ce sont cependant les tumeurs bénignes de l'oesophage les plus fréquentes.

Les symptômes déclenchés par leur présence ne sont souvent pas spécifiques des tumeurs oesophagiennes en général. Ils sont souvent de longue durée, progressifs et intermittents.

La preuve d'une dégénérescence possible en sarcome est difficile à établir. Ils sont souvent associés à une autre pathologie digestive.

La clinique, la radiologie, l'oesophagoscopie, éventuellement la biopsie permettent une présomption de diagnostic, la chirurgie et la pathologie en donnent la confirmation.

L'intervention chirurgicale est vivement conseillée. L'enucléation est souvent possible, le succès opératoire est actuellement constant.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIKISOFF A.J. Über die Myome ausgehend von der quergestreiften, willkürlichen Muskulatur, Virchows Arch.f.path.Anat 260:215-233, 1926.
- ADLER.Sem.Hôp. Paris, 1951, 27, No 25, 1028-1034.
- ADAMS R. Fibroma of esophagus. Lahey Clin. Bull. 3. 72-82, 1943.
- ADAMS and HOOVER. Bening tumors of esophagus. J. Thorac. surg. 14:279-286. 1945.
- AIGNER R. Un léiomyome de dimension extraordinaire de l'oesophage et du cardia. Zbl. Chir. 5 janvier 1957, 82, No 1, 8-11.
- ALLEN MS. JR. et TALLOT W.H. Sudden death due to regurgitation of a pedunculated esophageal lipome. J. Thoracic Surg. Nov. 1967, 54, 5, 756-758.
- AUBIN A. et KLOTZ P. L. Tumeurs bénignes de l'oesophage. E. M. C., traité ORL. 20816 A 10, 4-1953.
- AYAS E., VISPO A. et DEMARCHI R. Fibroléiomyomes oesophago-gastriques. Prensa med. argent., 30 déc. 1960, 47, no 53, 3405-3413, 34 fig.
- BARRETT N. R. Tumeurs bénignes des muscles lisses de l'oesophage. Thorax, mars 1964, 19, 185, in Internat. Surg. Dig., août 1964, 73, no 8, 331.
- BIASINI A. Su di un caso di fibroleiomioma dell'esophago ipobronchiale in trasformazione maligna. Pathologica, 1949, 41, 260. (Cité par Storey et Adams).
- BIGGER I. A., KAY W. R. et VINSON P. P. Leiomyoma of the esophagus, report of a case. Virginia M. MONTHLY, 1950, 77, 290.
- BOGEDAIN W. Leiomyoma of the esophagus. Dis. Chest., oct. 1963, 44, 391-399.
- BOLLACK C., WARTER P. et LANG G. A propos d'une observation de léiomyomes multiples de l'oesophage thoracique. Arch. Mal. App., dig., déc. 1960, 49, no 12, 1624-1631 (Bibliog.)
- BOLLACK C., LANG G., SUHLIER A., SPACH M. O. et FIEVEZ M. A propos d'un nouveau cas de léiomyome de l'oesophage thoracique. Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), oct. 1964, 18, no 21-22, 1346-1348 (Bibliog.)
- BORDONE S. Sur le léiomyome de l'oesophage. Arch. It. ORL 1948, 59, 573-580.
- BOYD D. P. et HILL L. D. Les tumeurs bénignes et kystes de l'oesophage. Am. J. Surg., fév. 1957, 93, no 2, 252-258. (Bibliogr.)
- BERNIER J. L. et CAINE J. C. Léiomyome calcifié de l'oesophage. Enucléation guérison. Mém. Acad. Chir., jan. fév. 1954, 80 no 4-5, 163-168. (Bibliogr.)
- BRIZZOLARA L. G. et GERACL C. L. Léiomyome oesophagien. Surgery mars 1954, 35; no 3, 465-469 (Bibliogr.)
- BROCK R. C. Cardioesophageal resection for tumor of the cardia: report of a successful case, Brit. J. Surg. 30:146-150. 1942 (Cité par Lewis et Maxfield)

BUCHTER L. et HUTH J. Léiomyomes de l'oesophage. Bruns'Beitr.Klin.Chir. 1959,199 no 4, 385-395, 8 fig. (Bibliogr.)

BURKHALTER A, NYOTH J. PETTAREL J. Tumeurs bénignes et malignes de l'oesophage, Méd. et hygiène, sept. 1972 P1240 no 1023.

CALMENSON M. et CLAGETT T. Léiomyome de l'oesophage extirpé chirurgicalement. Am.J. surg. nov. 1946, LXXXI, no 5, 745-747, 2 fig. (Bibliogr.)

CALLANAN J.G. Simultaneous occurrence of simple and malignant tumors in the esophagus. J. Thorac. Surg. 28-4, 1954.

BERNATZ P. E., SMITH J. L., ELLIS F. H. Jr and ANDERSON H. A. Benign, pedunculated intraluminal tumors of the esophagus. J. Thoracic surg. 35:503-512. 1958. (Cité par Schmidt et coll.)

CAMISHION R. E. et GIBBON G. H. Leiomyosarcome of the esophagus. A. of S. 153, 6, 1961, 951-956.

CAPUTO V. et NORLIN U. A. T. Deux cas de léiomyomes oesophagiens. Acta chir. Scand. 19 mars 1954, 107, no 1, 48-56, 13 fig. (Bibliogr.)

CARBONELL-ANTOLI Léiomyome de l'oesophage. Langenbeck's Arch. Klin. Chir. Juin 1953, 275, no 1-2, 103-115, 5 fig. (Bibliogr.)

CHALNOT, FAIVRE et LOCHARD. Deux cas de léiomyomes de l'oesophage traités par l'énucléation simple. Poumon, janv. 1951, 7, no 1, 19-25, 4 fig. (Bibliogr.)

CHALNOT, FAIVRE, LOCHARD et HAHN. Les léiomyomes de l'oesophage et leur traitement par l'énucléation simple. Presse méd. 21 fév. 1951, 59, no 12 224-226, 9 fig. (Bibliogr.)

CHALNOT P. et GROSDIDIER J. Les tumeurs bénignes de l'oesophage. Rev. Praticien le av. 1960, 10, 1045-1048, 2 fig. (Bibliogr.)

CHAPUIS Y et CLOT PH. A propos d'une observation de lipome de l'oesophage. J. Chir. Paris Oct. 1970, t 100 no 4, p 291-294.

CHI P. S. H. et ADAMS W. E. Benign tumors of the oesophagus; report of a case of l  iomyoma. Arch. surg., 1950, 60, 92.

CILLIO L. Leiomyoma of the esophagus. Acta chir. Italia. Sept-oct. 1963, 19, 561-580.

CORNELL N. W., SHEHADI W. H. et SHARNOFF J. G. Léiomyomes de l'oesophage. Surgery nov. 1950, 28, no 5, 881-886, 6 fig. (Bibliogr.)

DANIEL R. A. jr. et WILLIAMS R. jr. Léiomyome de l'oesophage. J. Thor. Surg., mai 1960, 19 no 5, 800-805, 4 fig. (Bibliogr.) (Cité par Storey et Adams)

DELANNOY E. et SOOTS G. Léiomyome de l'oesophage. Mém. Acad. Chir., 5 et 12 juin 1957, 83, no 17 -18, 569-573, 3 fig.

DUGAN D. J. et MEAGHER T. Les léiomyomes de l'oesophage; relation d'un cas Arch. Surg déc. 1950, 61, no 6, 1066-1072, 2 fig. (Bibliogr.)

FLAVELL G. Le léiomyome de l'oesophage. Brit. J.Surg., nov.1953, 41, no 167, 238-240 (Bibliogr.)

FRANCIOLI P. et MAMIE M. Un cas de léiomyome de l'oesophage. Gastroenterologia, 1959, 92, no 4, 6, 257-261, 3 fig.

FRANCK H.A., REINERL et FLEISCHNER F.G. Coexistence d'un léiomyome massif de l'oesophage et d'un cancer à cellules squameuses du thymus: relation d'un cas, discussion radiologique, pathologique et clinique. New England J. Med., 26 juillet 1956, 255, no 4, 159-164, 8 fig. (Bibliogr.)

FRENCH L.R. and ARLAND L.H. Leiomyosarcome of the oesophagus, Am. J. Roentgenology, 45:27-31, 1941 (Cité par Shafer and Kittle)

FULTON H. L  iomyoma of the esophagus. Harper hos. Bull. 1950, 8, 157.

GALEY J.J. Léiomyome de l'oesophage. Mém. Acad. Chir., 6 et 13 mars 1957, 83 no 8-9 254-257 (Bibliogr.) (cité par Negre et Pujol)

GARLICK W.L. et STEGMAIER J.G. Les tumeurs bénignes de l'oesophage. Relation d'un cas de léiomyome, Surgery, jan. 1951, 29, no 1, 109-116 (Bibliogr.)

GESSNER J. et HARTMANN G. Léiomyome de l'oesophage. Zentralblatt Gur. Chirurgie (Iena) 17 sept. 1960, 85, no 38, 1918-1925, 7 fig. (Bibliogr.)

GLANVILLE J.M. Léiomyomes de l'oesophage. Clin. Radiol. av. 1955, 16, no 2 187-190 10 fig. (Bibliogr.)

GLENNIE J.S. et MOGHISSI K. Léiomyome de l'oesophage. Relation de 2 cas traités chirurgicalement. Brit. Med. J. 23 août 1958, no 5094, 484-487 (Bibliogr.)

GOCKEL H.P. Le diagnostic radiologique des tumeurs bénignes de l'oesophage. Radiologia Clin. janv. 1959, 28, no 1, 1-19, 8 fig. (Bibliogr.)

GOLDMAN A. et MASTERS H. Leiomyoma of the esophagus. Arch. Surg. 1950, 60, 559.

GOLDMANN J.L. MARSHAK R.H. and FRIEDMAN A.L. Primary adenocarcinoma of the esophagus simulating a benign lesion. J. Am. M. Ass. 1952 149:144

GRAY, SKANDALAKIS, GIBBS. Leiomyoma of the esophagus. An unusual smooth muscle tumor. Swelthorn, med. J., octobre 1961, 54, 1124-26.

GREEN A. E. Jr., BROGDON B. G., CROW N. E. et SWEARINGEN A. G. Le léiomyome de l'oesophage. Am. J. Roentgenol., déc. 1959, 82, no 6, 1058-1062, 5 fig. (Bibliogr.)

GRIGGER. Oesophagogastrintestinal leiomyosarcoma. Amer. J. Chir. Oct. 1961, 31, 591-618.

GRIMMER. Histological iconography of the leiomyoma. Haut Geschlechtswe, 1e oct. 1961, 31, 25-28.

GRUNBERGER R.A. et PIJPER A. Un cas de léiomyome de l'oesophage. Acta Oto-rhino-laryng. 1923, 5, 26.

HARPER R.A.K. and TISCENCO E. Benign tumor of the esophagus and differential diagnosis. *Brit.J. Radiol.* 1945 18:99 (Cité par Garlick et coll.)

HARRINGTON. Surgical treatment of benign and malignant tumors of the esophagus. *Arch. Surg.* 58 646-661. 1949

HARRINGTON S.W. and MOERSCH H.J. Surgical treatment and clinical manifestations of benign tumors of the esophagus with report of seven cases. *J. Thorac. Surg.* 1944 13:394.

HELENO Ch. et coll. Tumeurs bénignes conjonctives de l'oesophage. *Arch. Mal. App. Dig.* 54, 5, 333, 1965.

HERRINGTON J.L. Découverte fortuite d'un léiomyome de l'oesophage terminal au cours d'un vagotomie sous-diaphragmatique. *Am.J. Surg.*, juin 1964, 107 no 6, 858-860.

HORACIO RESANO J., MALENCINI M. et ELENITZA J. Leiomyome de l'oesophage abdominal diagnostiqué par pneumo-péritoine. *Presse méd.*, 25 déc. 1954 62, no 86, 1822-1823, 8 fig.

HOWELLS J.B. Leiomyoma of the esophagus. *Postgrad. med. J.* 38 juin 1962 354-355.

HOYNE R.M. et ROGERS. Esophageal fibromyome associated with diverticulum. *Am.J. Surg.* 81. 592-594-1951 (cité par Boyd et Hill)

HURWITZ A. Leiomyoma of the esophagus. *Surgery* 1949, 25, 304.

JOHANSSON L. et SILANDER T. Tumeurs bénignes de l'oesophage. *Acta. chir. scan.* déc. 1963, 126, no 6, 573-578 (Bibliogr.)

JOHNSTON J.B., CLAGETT O.T. et Mc DONALD J.R. 1953. *Thorax* 8. 251 (cité par Bollack et coll.)

JUNG A. Tumeurs bénignes de l'oesophage: une observation de léiomyome. *Mém. Acad. de chir.* 1950, 76, 546.

JUNG A. Etude des tumeurs bénignes de l'oesophage. Une observation de léiomyome. *Strasbourg méd.* mars 1951, 2, no 3, 155-166, 7 fig. (Bibliogr.)

KENNEY L.J. Léiomyome intrapariétal géant de l'oesophage. *J. Thor. Surg.* juil. 1953, 26, no 1, 93-100, 6 fig. (Bibliogr.)

KENWORTHY R.A. et WELCH C.S. Le léiomyome de l'oesophage et du cardia. *Surgery*, mai 1948, 23, no 5, 745-752, 2 fig. (Bibliogr.) (Cité par Cornell et coll.)

KIRSCHNER P.A. Les tumeurs bénignes de l'oesophage. *J. Mount Sinai Hosp.* janv. fév. 1956, 23, no 1, 14-17 (Bibliogr.)

KOLE W. et SUCHANEK E. Léiomyome et diverticule de l'oesophage. *Wien. Med. Wschr.* 2 mai 1964, 114, no 18-19, 312-314 (Bibliogr.)

KRONBERGER L. et HAUSEGGER K. Contribution à la connaissance des léiomyomes de l'oesophage. *Zbl. chir.* 20 mai 1961, 86, no 20, 1258-1262 (Bibliogr.)

- LAHEY F.H. Esophageal tumor:Lahey Clin.Bull.2.194,1942
- LANZARA A. Léiomyome dell'esofago e sindrome diafagica funzionale. -Arch chir.thor.,1947,2,283.
- LEWIS B. et MAXFIELD R.G. Revue; Léiomyome de l'oesophage. Compte rendu d'un cas et revue de la littérature. Internat.Abstr.Surg. 1954,99,105-128.
- LIPSCHULTZ B. and TISHERS; Leiomyoma of the esophagus. Gastroenterology, 1954,27,661.
- LONGEFAIT H., LAVAL P. et HARTUNG L. Une tumeur bénigne de l'oesophage. Marseille méd. 1962,99, no 10,890.
- LORTAT-JACOB J. Deux léiomyomes de l'oesophage. Sem.Hop.Paris,30 mai 1949, 25, no 40,1709-1713, 8 fig.
- LORTAT-JACOB J.L. Monstrueux léiomyome de l'oesophage. Résection. Sem. Hop. Paris, 18 sept. 1951, no 69, 2717-2719, 3 fig.
- LORTAT-JACOB J. Myomatoses localisées et myomatoses diffuses de l'oesophage Arch.Mal.App.Dig.1950 39, no 4,519-524.
- LUEDERS H.W.,STRAHAHAN A.,ALLEY R.D.,KAUSEL H.W. et PECK A.S. Léiomyome de l'oesophage. Arch. of Oto-rhino-laryng. mai 1958,67 no 5, 587-591, 5 fig. (Bibliogr.)
- LU YUN-K'AN, LI YUEH-MIN et KENG CHIH-CHIANG. Coexistence des tumeurs bénignes et malignes de l'oesophage-Chin.Med.J.,déc.1963,82, no 12, 805-808, 6 fig. (Bibliogr.)
- LYONS et GARLOCK. Surgery,1951,29, no 2, 281-287.
- MADDEN W.C. et OTMSTEAD E.G. Leiomyoma of esophagus; report of a case with succesfull resection. Ohio M.J., 1950,46,974.
- MANUELLE R. et ETIENNE P. Deux observations de tumeurs bénignes de l'oesophage thoracique supérieur.Ann.Chir.Thorac. Juillet 1967,6-3.857-863.
- MANZOCCHI L. Gastrooesophageal leiomyoma.Surg.Gyn.obst.Internat Abstr. Surg.1951,92,39.
- MARTIN J.D., GRISAMORE. Leiomyoma of the esophagus.S.G.O.1958, no 2, 107,233.
- MATTEO G. (di) Résection oesophago-cardio-gastrique pour leiomyome géant. Considérations anatomo-cliniques et chirurgicales sur les tumeurs musculaires de l'oesophage. Arch. ital.chir.,1955,79, no 5,352-370. (Bibliogr.)
- MOERSCH H.J. and HARRINGTON S.W. Benign tumors of the esophagus.Am. Otol. Rhin. et laryng. 53:800-817.1944 (Cité par Schmidt et coll., Chalnot et coll.)
- MOERSCH H.J. and BRODERS A.C. Adenoma of the esophagus, Arch.Otorhy no.1.21 168-171, feb.1935.

MILANOVIC Wien, klin. Wschr. 26, 1914. (cité par Kölle et Suchanek)

MORDRET J. et PAILLER R. Un léiomyome de l'oesophage. Ann. Oto-laryng. 1951, 68, no 11-12, 849-850.

MYERS et BRADSHAW J. Thorac. Surg. 1951, 21, no 5, 470-482.

NALDINI G. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'oesophage. Arch. ital. Chir. 84, no 6, 442-454, 9 fig. (Bibliogr.)

NEGRE E. et COLIN R. Léiomyomes de l'oesophage. Montpellier chir., 1955, no 7, 18-25 (Bibliogr.)

NEGRE et PUJOL. Léiomyosarcome de l'oesophage. Journal de chir. 1961, 81, no 4, 437-448.

NEIL J. F. et HORNE E. A. Léiomyome de l'oesophage-J; Laryng. otol., mars 1953 67, no 3, 159-164, 4 fig. (Bibliogr.)

NEMETH P. E. Tumeurs bénignes de l'oesophage. Zbl. chir. 1959, 84, no 20, 761-767, 4 fig. (Bibliogr.)

NESE G. Tumeurs bénignes et kystes de l'oesophage. Acta chir. scand., 8 mars 1958, 114, no 3, 165-171 11 fig (Bibliogr.)

PAPE R. and SPITZAGEL. Myome of the esophagus. Radiology 1931, 17-570 (cité par Lewis et Maxfield)

PATTERSON E. J. Benign neoplasms of the esophagus. Ann. Otol. rhin. lar. 41, 942, 1932 (Cité par Schafer et Kittle, Cornell et coll.)

PERROTIN J. et DE LANGRE M. Un volumineux léiomyome de l'oesophage-Mém. Acad. chir. 15 et 22 oct. 84, no 24 et 25, 789-791.

PETER R. Un léiomyome de l'oesophage de dimension extraordinaire, sous l'aspect d'une dilatation cardiotonique. -Zbl. chir. 1955, 80, no 6, 245-249, 6 fig. (Bibliogr.)

PIACENTINI L. Le léiomyome de l'oesophage. -J. Thor. surg., mars 1955, 29, no 3, 296-316, 14 fig. (Bibliogr.)

PLACHTA A. Benign tumors of the esophagus. Am. J. gastro-enterology, 38, 639-652, 1962

PRUSZCZYNSKI M. Le léiomyome de l'oesophage. -J., Polski Tygod. Lek. 1960 15, no 42, 1617-1619 (Bibliogr.) (Résumé anglais)

PUESTOW C. B. et coll. Benign tumors of the esophagus. Amer. Surg. 21, 425, 1955.

RABINOVITCH J. NISSEN R. et RABINOVITCH P. Léiomyome bénign de l'oesophage. J. Internat. Coll. Surgeons., août 1953, 20, no 2, 166-171.

RAKOTONDRAVA B. Les léiomyomes de l'oesophage. Thèse de Nancy, 1955, no 21.

RODINO DI MIGLIONE D. Le léiomyome de l'oesophage. -Rev. chir. 1941, 7, 117-122.

ROSE J.D. Myomata of the Esophagus. Brit.jur.Surg.1936 24:297. (cité par Lewis et Maxfield Dugan et Meagher.

ROSSELLO G. Leiomyomi dell'esofag. Arch.chir tor.,1950,6,133.

SANDER. Leiomyoma of esophagus. -T.Norsk Laegeforen. le mai 1962, 82, 284-285.

SCHATZKI R. and HAWES L. E. Roentgenological appearance of extramucosal tumors of the esophagus; analysis of intramural extramucosal lesions of gastrointestinal tract in general. AmJ. Roentg. 48:1-15, 1942.
idem: revue gastroenterology New-York, 1950, 17, 991.

SCHMIDT H.W., CLAGETT O.T. et HARRISON E.G. Tumeurs bénignes et kystes de l'oesophage. -Ann. of Otol. Rhin. Laryng. déc.1961, 70, no 4, 1148-1157 (Bibliogr.)

SCHMIDT H.W., CLAGETT O.T. et HARRISON E.G. jr. -Tumeurs bénignes et kystes de l'oesophage. -J. Thor. Surg. Juin 1961, 41 no 6, 717-732, 11 fig. (Biblio.)

SCHNUG G. E. Léiomyome de la jonction cardio-oesophagienne. -Arch. surg. août 1952, 65, no 2, 342-346, fig. 3

SCHLUGER J. and ARCOMANO J. 1956. Amer J. Surg. 91, 852.

SCHWARZ E. Les léiomyomes de l'oesophage. Chir. déc. 1952, 23, no 12, 572-574, fig. 3 (Bibliogr.)

SHOULDDERS H.H. Esophageal l  iomyomas; surgical treatment; a review and case report. Missouri Med., 1953, 50, 49.

SHIELDS T.W. Leiomyoma of esophagus. Quart. Bull. northwestern univ. M. School. 1959, 33, 29.

STAJGIS; Leiomyoma of esophagus. Pol. Przegl. chir. juin 1962, 34, 489-491.

STOREY C. F. et ADAMS Jr. W.C. Le léiomyome de l'oesophage. Relation de 4 cas et revue de la littérature chirurgicale. -Am. J. Surg. janv. 1956, 91, no 1, 3-23, fig. 14, 6 tabl. (Bibliogr.)

STOJANOVIC V. et JELISJEVIC M. Lejomijom ezofagusa na spojo gomje i srednje trecine. Srpski Arch., 1950, 48, 28.

SWEET R.H. Case records of Massachusetts General Hospital no 33261. New England J. of Med. 246, 1015, 1952. (Cité par Bollack et coll.)

TALA P. WIRKKULA. L. Leiomyomas and cysts of the esophagus. Ann. Chir. Gyn. Fenn. 51:27 (1962)

TANNER N.C. and SMITHERS D.W. 1961. Tumors of the esophagus. 109. Livingstone, London.

TABOGA V. Leiomyoma of esophagus. Acta Chir. Italia, nov. déc. 1963, 19-907-*33.

THOMERET M. et JUNG A. Une observation de très gros kyste. Tumeurs bénignes de l'oesophage; une observation de léiomyome. -Mem. Acad. Chir., 24 mai 1950, 76, no 18-19, 546-552, 5 Fig.

TOMMIEUX B. et coll. La chirurgie des léiomyomes de l'oesophage. Mém. Acad. Chir., 97, 553-561, 1972.

TONO L. SETTE P. Leiomyoma of esophagus. Bologna Chirurgica. 15-3, 347-370.

TOTTEN R. S., STOUT A. P., HUMPHREYS G. H. et MOORE R. L. Tumeurs bénignes et kystes oesophagiens - J. Thor. Surg., juin 1953, 25, no 6, 606, -622, 7 fig., 4 tabl. (Bibliogr.) (Cité par Boyd et coll., Chalnot et coll.)

VANECKOVA. Leiomyoma of esophagus. Rozbl. chir. 1951, 30, 385. (Cité par Lewis et Maxfield)

VINSON P. P. A pedunculated lipome of the esophagus. J. A. M. A 78:801-2, 1922.

VOHNOUT C. Leiomyoma dalni casti jincu. Lek. Listy, 1953, 8, 245.

WACHSMUTH W. Léiomyomes héréditaires de l'oesophage à développement circulaire. Chir. av. 1959, no 4, 245-149, 11 fig. (Bibliogr.)

WAHLEN T. et ASTEDT B. Survenue familiale de la coexistence d'un léiomyome de la vulve et de l'oesophage. -Acts obst. gyn. scand., 1965, 44, no. 1, 197-203 (Bibliogr.)

WESTERBORN O. Leiomyoma of esophagus. Acta chir. Scand. 1952, 103, 158.

WILDER J. R. et MOORE S. W. Le léiomyome de l'oesophage. -Arch. Surg., 1953, 67, no 4, 595-602.

WOLFEL A. DONALD. Leiomyosarcoma of esophagus. The Am. journ. of Roentgenotherapy 1963, 89, 1, 122-126.

ZASLOW J. et KRASNOFF; S. O. Le léiomyome de l'oesophage. -J. Thor. Surg. juillet 1953, 26, no 1, 86-92, 5 fig. (Bibliogr.)

OBERHELMANN H. A., CONDON J. B. and GUZAUSKAS A. C. Leiomyoma of gastrointestinal tract. Surg. Clin. N. America. 1952 32:111

OSHAWA T. 1933. Arch. jap. chir. 10 605.

